附件1

麻风病症状监测报告卡

转诊单位： 转诊单位级别:□村级□乡镇级□县级□地市级□省级

**一、一般情况**

\*\*患者姓名： \*\*患者性别：

\*\*患者年龄： \*\*联系电话：

\*\*现住地址：

**二、转诊原因**

□诊断不明或久治不愈的慢性皮肤病(三月以上) □皮肤闭汗(局部干燥)或感觉异常，如麻木、蚁行感

□眉毛稀疏脱落，酒醉样面容 □面部或耳垂出现肿胀或结节肿块

□水肿性红斑损害、结节性红斑损害 □神经粗大、疼痛或触痛

□手或足发生反复无痛性伤口、溃疡或容易烧/灼伤

□闭眼不拢、口角歪斜、手掌指肌肉萎缩或出现爪型手、垂足

**三、建议就诊机构**

\*\*请患者到： 秀山县疾病预防控制中心 （医院）进行专业诊断和治疗

\*\*联系医生： 夏洪波 \*\*联系医生电话： 023-76603272

\*\*转诊医生： 报告日期： 年 月 日

麻风病症状监测报告卡回执

接诊单位:

**四、患者补充信息**

\*\*户口地址： 身份证号：

\*\*病例来源：□症状监测点转诊 □非症状监测点转诊 □线索调查 □疫点调查 □消麻运动 □其他

**五、追踪到位情况**

□主动到位 □电话追踪到位 □现住地址追踪到位 □其它方式追踪到位

□电话联系不上 □现住地址联系不上 □患者拒绝就诊 □其他原因未到位

**六、诊断结果**

追踪到位日期: 年 月 日

□确诊患者，诊断依据：□皮损伴明确的感觉丧失 □周围神经粗大伴相应的功能障碍

□皮肤涂片查抗酸杆菌阳性 □组织病理学检查有麻风特异性病理改变:

□高度疑似，处理方案：□门诊密切随访 □转确诊患者 □转排除患者

转确诊/排除患者日期： 年 月 日

□排除患者 排除患者或转排除患者时，具体诊断依据：

\*\*接诊医生： 报告日期： 年 月 日 订正日期：年 月 日

附件2

麻风病症状监测登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 年龄 | 现住址 | 联系电话 | 转诊日期 | 追踪到位日期 | 诊断结果 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*诊断结果填写确诊、疑似、排除、失访。

| 附件3  麻风病症状监测任务数分配表 | | |
| --- | --- | --- |
| 机构名称 | 2019年任务数 | 2020年任务数 |
| 县人民医院 | 20 | 20 |
| 县中医医院 | 15 | 15 |
| 安康医院 | 10 | 10 |
| 乌杨 | 3 | 3 |
| 洪安 | 1 | 1 |
| 峨溶 | 2 | 2 |
| 雅江 | 1 | 1 |
| 中和 | 3 | 3 |
| 宋农 | 1 | 1 |
| 平凯 | 2 | 2 |
| 石耶 | 1 | 1 |
| 岑溪 | 1 | 1 |
| 妙泉 | 2 | 2 |
| 涌洞 | 1 | 1 |
| 钟灵 | 1 | 1 |
| 膏田 | 1 | 1 |
| 溪口 | 1 | 1 |
| 溶溪 | 1 | 1 |
| 中平 | 1 | 1 |
| 官庄 | 1 | 1 |
| 龙池 | 1 | 1 |
| 石堤 | 4 | 4 |
| 里仁 | 1 | 1 |
| 隘口 | 1 | 1 |
| 兰桥 | 1 | 1 |
| 清溪 | 2 | 2 |
| 梅江 | 1 | 1 |
| 合计 | 80 | 80 |